

---

Absender/Stempel der Praxis

An die  
Bezirksregierung  
- Dezernat 24 -  
32754 Detmold

---

Ort, Datum

**Erfahrungsbericht**  
**der als Beraterinnen oder Berater staatlich anerkannten Ärztinnen und Ärzte**  
**für das Jahr .....**

gem. § 10 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)  
(Bitte bis zum **31.03.** an die Bezirksregierung schicken!)

**Allgemeine Angaben:**

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes

Praxis: :

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Öffnungszeiten:

**Der Beratungstätigkeit zugrunde liegende Maßstäbe:**

**Grundlage der nachfolgenden Angaben sind die bei Ihnen vorliegenden Beratungsaufzeichnungen nach § 10 Abs. 2 SchKG.**

**Anzahl der Fälle, die ich im Berichtsjahr beraten haben**

(als Fall wird eine Frau /ein Paar oder eine Frau mit sonstiger/-n Begleitperson/en definiert)

**Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche**

**Häufigkeit der fallbezogenen Zusammenarbeit/Kontakte mit anderen Institutionen/Personen**

(Persönliche – auch telefonische – Kontaktaufnahme durch die/den Berater/in unabhängig von der Häufigkeit pro Fall)

**Bei der Beratungstätigkeit gesammelte Erfahrungen:**

**Sonstiges** (z.B. Mitteilungen über absolvierte Fortbildungen, Supervisionen, Zusammenarbeit mit Hilfe gewährenden öffentlichen und privaten Stellen, Beratungsangebote nach § 2 SchKG)

.....

(Unterschrift)